نزوف أشهر الحمل الأخيرة

هو النزف الذي يحدث بعد 20w وأثناء المخاض قبل ولادة الجنين

الأسباب: توليدية ← أبوية ← انفكاك باكر
- مشيمة منزاحة
- تمزق رحم
- علامة دموية مفرطة الكمية

← جنينية: الوعاء المتقدم على المجيء
الأخطر على الجنين
يموت 50-70%
لتأخر التشخيص
ووجوب سرعة إخراجه

غير توليدية: تآكل عنق رحم - سرطانة - بوليب
تشخص بفحص المنظار بعد نفي المشيمة المنزاحة

الانفكاك المشيمي الباكر

التعريف: انفصال المشيمة عن مكان ارتكازها الطبيعي قبل ولادة الجنين
إذاً الارتكاز ليس على القطعة السفلية

الأسباب: ص 268 وهي مهمة وتذكر بالقصة المرضية بالمقابلة كعوامل خطر
غالباً مجهول السبب

الأنماط: نزف ظاهر: كمية النزف تتوافق مع الحالة السريرية
نزف خفي: قد تصل المريضة لصدمة دون نزف # انفكاك المشيمة الباكر هو أشيع
الأسباب التوليدية لـ D.I.C خاصة بالنزف الخفي الذي يتظاهر فقط بألم بطني
نزف مشترك وهو الأشيع ⟸ غالباً كمية النزف لا تتفق مع الحالة السريرية للمريضة

التشخيص: سريري وليس صدوي
استجواب عن عوامل الخطر - الألم عرض ثابت بعكس النزف (80% من الحالات ويكون بني داكن)
رحم قاسي وقد يصبح خشبي وممض ولا يتوافق حجمه مع عمر الحمل وبالمراقبة نلاحظ ارتفاع قعره
- قد نجد علامات تألم جنيني (بطء قلب دائم أو تباطؤات متأخرة أو نموذج جيبي أو متغايرة)
أو موت الجنين (غياب فعالية قلبية بالمسماع أو الدوبلر) أو عدم الشعور بأجزاء الجنين بالرحم خشبي
- قد تأتي المريضة بصدمة نزفية أو عصبية بسبب تمطط الرحم وتخربه
- من الهام جداً أخذ علامات الأم الحيوية وتحري ارتفاع الضغط والبيلة البروتينية

حديثوت ضغط طبيعي كاذب (مثلاً 12/8 مريوكات 11/16 قبل النزف)

- يجب إجراء إيكو لـ المشيمة (السلبية لا تنفي الانفكاك) بل لتحديد مجيء الجنين ووزنه وإذا كان حي؟ متألم؟ والأهم نفي المشيمة المنزاحة

- بعد نفي المشيمة المنزاحة ← فحص بالمنظار لفتق الرحم لتحديد الاتساع والامحاء

- فحوص مخبرية: زمرة وتصالب - RH - تخريب DIC: PT - PTT - مولد الليفين

- اختبار Kleihauer-Betke: عد كريات الجنين التي عبرت للأم لتحديد جرعة anti D للأم السلبية

- اختبار APT: للكشف عن وجود نزف من منشأ جنيني

دم + NaOH ← ورقة نشاف ← قرنفلي ← جنيني (دمه لا يتخرب بالقلوي)
↙ أصفر (بني) ← أموي (دم الأم يتخرب بالقلوي)

الاختلاطات: صدمة نزفية - صدمة عصبية - قصور كلية بسبب نقص النتاج والتشنج الوعائي وهنا يجب الحفاظ على صبيب بولي هادف 30ml/h - تلازمة شيهان - سكتة رحمية مشيمية إنذارها جيد تستجيب للمقبضات - موت الأم لسبب مجهول ؟ - خداج الوليد - وفاته....

التدبير: **حياة الأم أهم من حياة الجنين**

★ نزف كتلي لدى الأم غير قابل للسيطرة ← إنهاء الحمل بغض النظر عن الجنين

تعويض دم وسوائل لتجنب DIC ← قيصرية بحال عنق الرحم غير ناضج - تألم جنيني
↙ مهبلية بحال عنق ناضج (7-8cm) - DIC

★ في الانفكاك الباكر يتسع العنق بسرعة وتستجيب للتحريض سريعاً خاصة بعد انبثاق جيب المياه

★ الجنين ناضج + نزف ← إنهاء حمل فوراً

★ تألم جنيني + سيطرة على النزف ← إنهاء حمل بمعظم شرط وجود اتساع وإمحاء تامين أو قيصرية (مفضلة)

★ غير ناضج + سيطرة على النزف ← مراقبة وانتظار

★ جنين ميت + عنق ناضج ← سيطرة على الحالة العامة + ولادة مهبلية أو قيصرية بشرط DIC X

★ // // عنق غير ناضج غير مستجيب للمحرضات ← قيصرية

★ جنين ميت وهناك احتمال ولادة طبيعية ← ولادة طبيعية (مفضلة)

المشيمة المنزاحة

انغراس المشيمة في القطعة السفلية للرحم تحت جزء المجيء الجنيني

الأسباب : زيادة عمر الأم + عدد الولادات + ندبة سابقة على الرحم

النكس 4-8 %

الدرجات : ارتكاز واطئ : لا تصل لحدود عنق الرحم (قد تسمح بولادة طبيعية)

هامشية : على حدود الفوهة الباطنة لعنق الرحم

منزاحة جزئياً : تغطي الفوهة الباطنة جزئياً — قيصرية حتماً

منزاحة كلياً : تغطي الفوهة الباطنة بشكل تام

الأعراض : ذروة الحدوث W34 بوقت تشكل القطعة السفلية ولا تقلص لوجود حمل وضعف طبقات العضلية

حالة عامة تتناسب مع النزف الظاهر — تزداد المجيئات المعيبة — يذهب النزف بعد الولادة

نزف مفاجئ دون ألم ولونه أحمر قاني بـ 100% من الحالات

التشخيص الأكيد بالإيكو

عادة الهجمة الأولى لا تهدد الحياة لكن يكون ناكس

التدبير المشخصة على الإيكو مسبقاً قبل النزف وهذا الغالب : مراقبة + منع المس المهبلي + راحة في السرير + ملينات + استشفاء لفترة ثم يمكن إرسالها للمنزل إن كان قريب مع توعية المريضة + X جماع

لا مخاض + جنين ناضج : إنهاء الحمل بقيصرية لتجنب النزف

مخاض بغض النظر عن وضع الجنين ← قيصرية

نزف غزير مهدد للحياة ← قيصرية

نزف + جنين ناضج ← قيصرية

نزف غير مهدد + جنين غير ناضج ← سيطرة على النزف حتى النضج ثم إنهاء الحمل

☆ المقارنة مع الانفكاك هامة جداً

استطبابات القيصرية بالحمل المتعدد

نقص الخبرة - الجنين الأول مقعدي أو معترض - الخداج - حمل ثلاثي أو رباعي - فشل التدويل الداخلي للجنين الثاني بعد ولادة الأول.

بالمجيئات المعيبة : المقعدي : النقطة الاستكشافية هي العجز

القيصرية في المجيء المقعدي حال: خداج - مجيء مقعدي قدمي - انبساط الرأس - وزن < 2500g .
وزن > 3500g - حوض ضيق - عدم وجود خبرة

الوجهي : النقطة الاستكشافية هي الذقن

القيصرية في المجيء الوجهي حال : خروس - عدم التقدم - توقف الاتساع - الذقن للخلف (وجهي خلفي) وعدم دوران للأمام

الجبهي : النقطة الاستكشافية : الأنف

القيصرية حال ثباته بالمجيء الجبهي لأنه بهذه الحالة لن يتدخل أبداً

المعترض : النقطة الاستكشافية : النائت الأخرمي بعد انبثاق الأغشية

قيصرية في 100% من الحالات

المركب : محاولة رفع الطرف للأعلى وإن لم تنجح ← قيصرية

- التألم الجنيني - سوابق قيصريات - عسر الولادة - جنين عرطل - خداج شديد - تشوهات جنينية
- عند الأم ص ٦١٨

انبثاق الأغشية الباكر PROM

عادة تنبثق الأغشية بالطور الفعال للمخاض أما هنا تنبثق الأغشية ويمر ساعة دون مخاض وذلك بتمام عمر الحمل أما الانبثاق قبل تمام عمر الحمل يسمى الانبثاق الباكر الباكر (قبل 37 ساعة)

- المرحلة الكامنة من انبثاق الأغشية حتى بداية المخاض وبـ 80% من الحالات تكون < 24h وكلما صغر عمر الحمل تطول الفترة الكامنة وتزداد الاختلاطات سواء لنقص السائل أو الخدج والإنتان أو مجيء معيب

الأسباب معظمها مجهولة السبب لكن تترافق مع الأخماج البولية التناسلية - نقص الزنك - نقص فيتامين C - التدخين - عيب تركيب الأغشية - حمل متعدد - موه السلى - رض بالمناورات لتغيير المجيء - بزل السائل الأمنيوسي - مجيء معيب - قصور الفوهة الباطنة لعنق الرحم - انفكاك مشيمة باكر - انزياح مشيمة - سوابق PROM

الاختلاطات عند الجنين الخدج للأغشية والمشيمة والجنين

ذات رئة بعد الولادة - إنتان دم (E.coli - GBS (عقديات B))

قلة السائل: تشوهات هيكلية - عسرة تنفسية عند الوليد ونقص تنسج رئوي خاصة قبل W26 أو إذا امتد انبثاق الأغشية > 5 W

PROM يشكل 30% من أسباب المخاض الباكر وبالتالي وفيات حول الولادة وخداج واختلاطاته

انضغاط الحبل أو تشنج أو تألم الجنين ← ولادة قيصرية فوراً

عند الأم الأشيع إنتان تناسلي وتدبيب إنتان دم أو التهاب صفاق أو ARDs بنسب قليلة

انفكاك المشيمة الباكر: نتيجة صغر حجم الرحم دون صغر حجم المشيمة (الأشيع سبب لنزوف أشهر الحمل الأخيرة)

التشخيص ليس سهل دوماً

شكوى نزول دفقة من السائل قد يكون رائق أو أخضر (عقي) ومن المهم معرفة لون السائل وتوقيت بدء السيلان (هام للتدبير) وكمية السائل.

قد يكون الشكوى نزول دفقة ثم استمرار التسريب أو شكوى تسريب بطيء دائم

- يجب نفي أن يكون بول أو مفرزات مهبلية تزداد مع الانتانات أو show إن لم تكن مدماة أو زيادة مفرزات مهبلية طبيعية

- قد لا تأتي المريضة بسبب PROM بل بسبب مخاض (هنا أيضاً مهم تحديد توقيت الـ PROM كي نحدد احتمال وجود إنتان أم لا

الاستقصاءات : الفحص السريري : الفحص البطني الغاية منه تحري المضض والتقلصات للكشف عن وجود مخاض ، المضض من علامات الانتان

التأكد من وجود PROM : وجود سائل ينزل من عنق الرحم بوضع السبيكولوم بالمهبل فنرى السائل يتجمع بالوجه الخلفي للمهبل وهنا يجب التأكد أن مصدره عنق الرحم فنطلب من المريضة السعال أو فالسالفا أو نضغط بطن المريضة بلطف أو نحرك الجنين قليلاً وقد يكون كل هذا سلبي لنفاد السائل من الرحم

- نأخذ عينة من السائل دون التلامس مع عنق الرحم والمهبل و نتأكد أن هذا سائل أمنيوسي باختبار السرخس : يأخذ شكل السرخس تحت المجهر بعد أن يجف بشرط ألا يكون مختلط مع مخاط عنق الرحم واختبار ورقة النترازين : المهبل الطبيعي حامضي أما السائل قلوي فإذا تلونت الورقة أصفر ← وسط قلوي ← سائل أمنيوسي (pH=7.2)

إيجابية كاذبة بحال وجود جماع حديث (سائل منوي) أو وجود دم أو وجود بول (بول الحامل يميل للقلوية لمقاومة فرط التهوية فيحدث طرح بيكربونات وحماض استقلابي معاوض)

- نجري زرع وتحسس للسائل للكشف عن الانتان ونكشف عن البيض والغلوكوز فيه و نتحرى نسبة L/S لتحري نضج الجنين وفوسفاتيديل الغليسرول

- يجب تجنب المس المهبلي لمنع زيادة الخمج ويكون الفحص لمرة واحدة بكف عقيم لفحص تبدلات العنق والانمحاء والاتساع وتمزق الأغشية ونكتب المشاهدة ثم يمنع المس المهبلي إلا ببداية المخاض أو تألم الجنين تحسباً عن انسدال السرر

العلامات الحيوية المرضية : الفيبرونكتين مشخص 50% للـ PROM والمخاض الباكر
سلبي ينفي المخاض لأسبوع 80%

الإيكو : وزن وعمر وتشوهات الجنين والمجيء وتوضع المشيمة وكمية السائل

بالإيكو المهبلي : طول واتساع عنق الرحم وانفتاق الأغشية

السيمياء الفيزيائية للجنين : للكشف عن التألم - NST (اختبار اللاشدة)

التدبير الشك أو التشخيص ← تغطية الصادات + إنضاج جنيني + علامات حيوية للأم
استشفاء المريضة + راحة تامة في السرير + مراقبة تقلصات

إنهاء الحمل : مخاض - إنتان - تشوهات - جنين ميت - تألم - IUGR
اتساع > 4cm - جنين ناضج + عنق ناضج ← تحريض

جنين ناضج + عنق غير ناضج ← مراقبة 24 ساعة بانتظار مخاض عفوي ثم تحريض

ولادة مهبلية عادة بغياب مضادات استطباب

القيصرية علامات إنتان أمنيوسي + عنق مغلق ← قيصرية لإخراج الجنين من بيئة إنتانية

التغطية : امبيسلين أو كليندامايسين + جنتامايسين بعد أخذ الزروع

عمر الحمل 24-34 W يمكن إعطاء الستيروئيدات القشرية لإنضاج الرئتين شرط غياب الخمج

- مجرد حدوث PROM يسرع نضج الجنين وبالتالي يكفي المراقبة لـ 48h دون إيقاف مخاض إن حصل

- إيقاف المخاض فقط لإنضاج الرئتين أو نقل المريضة لمركز أفضل

- انتبه جيداً لعمر الحمل بالمقابلة

- ارتفاع CRP يوحي بالإنتان